U.S. Department of State

INFORMAÇÃO PARA CONTACTO E DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DE UM REQUERENTE DE VISTO DE NÃO-IMIGRANTE

OMB 1405-0144 APROVADO
Expira: 01/31/03
Tempo de processamento: 1 hora

QUEIRA DACTILOGRAFAR OU ESCREVER EM LETRA DE IMPRENSA AS SUAS RESPOSTAS NOS ESPAÇOS RESERVADOS A CADA PERGUNTA – PODE JUNTAR FOLHA ADICIONAL NO CASO DE PRECISAR DE MAIS ESPAÇO PARA RESPONDER A CADA PERGUNTA

1. Apelido(s)	Nome Próprio	Nomes do Meio

2. DATA DE NASCIMENTO (MÊS, DIA, ANO)	3. Local de Nascimento País	Cidade	Província

4. Morada Permanente e Número de Telefone (inclua número, rua, cidade, código postal, país)

5. Nome completo e endereço do cônjuge (se aplicável) (Caixa postal não aceitável)

Nome (apelido, primeiro e meio)	Endereço	Número de Telefone

6. Nomes completos e endereços de filhos, pais e irmãos

Nome (apelido, primeiro e meio)	Endereço	Parentesco	Número de Telefone

7. Mencione pelo menos duas pessoas contactáveis, no seu país de residência, que possam confirmar a informação sobre o requerente (não mencione parentes directos ou outros familiares)

Nome (apelido, primeiro e meio)	Endereço	Número de Telefone

Tratamento de Processamento de Dados

O tempo médio para o processamento desta informação é de 1 hora por resposta, incluindo procura de dados existentes, recolha de informação necessária e revisão final das informações fornecidas. De acordo com a lei 5CFR 1320 5(b), as pessoas não são forçadas a responder se não estiver mencionado um número de OMB válido. Poderá enviar comentários e sugestões sobre a exactidão do tempo calculado e modo de o reduzir para: U.S. Department of State, (A/RPS/DIR) Washington, DC 20520.

PROFISSÃO OU OCUPAÇÃO ACTUAL

Título Profissional ou Académico:

Início (mês, dia, ano): Fim:

NOME E ENDEREÇO DA ENTIDADE PATRONAL:

Número de telefone:

DESCREVA AS SUAS FUNÇÕES:

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR

Título Profissional ou Académico:

Início: (mês, dia, ano): Fim:

NOME E ENDEREÇO DA ENTIDADE PATRONAL:

Número de telefone:

DESCREVA AS SUAS FUNÇÕES:

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR

Título Profissional ou Académico:

Início: (mês, dia, ano): Fim:

NOME E ENDEREÇO DA ENTIDADE PATRONAL:

Número de telefone:

DESCREVA AS SUAS FUNÇÕES:

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR

Título Profissional ou Académico:

Início (mês, dia, ano): Fim:

DESCREVA AS SUAS FUNÇÕES:

Declaro que li e compreendi todas as perguntas feitas neste requerimento e as respostas por mim dadas neste impresso são verdadeiras e correctas segundo o meu melhor entendimento e convicção. Compreendo que qualquer declaração falsa ou fraudulenta pode resultar na recusa permanente do visto ou na entrada nos Estados Unidos.

ASSINATURA DO REQUERENTE_____ **data (mês, dia, ano)** _____